

ANNEE 1970

THESE

N^o 321

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Chantal, Marie-Thérèse MICHELLAND
Née le 18 juin 1944 à SAINT-ETIENNE (Loire)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

L'ALIMENTATION PRECOCE

DU PREMATURE

Président : M. BLANCHER, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Chantal, Marie-Thérèse MICHELLAND
Née le 18 juin 1944 à SAINT-ETIENNE (Loire)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

L'ALIMENTATION PRECOCE

DU PREMATURE

Président : M. BLANCHER, Professeur



A la Mémoire de mon Père

qui nous fût ravi trop tôt.

A ma Mère,

A qui je dois tout.

Avec toute ma tendresse.

A mon Frère, à ma Soeur

A toute ma Famille

A mes Amis

Avec toute mon affection.

A Monsieur le Professeur BLANCHER

Qui m'a fait le grand honneur
de présider cette thèse.

En témoignage de reconnaissance.

A Madame le Docteur COHEN,

qui m'apprit à aimer les prématurés
et qui m'apporta son aide.

Qu'elle veuille bien accepter mes
remerciements.

L'alimentation est, chez le prématuré, un des problèmes essentiels.

Dans le Service du Pr. BLANCHER au Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy, nous avons nourri un certain nombre d'enfants précocément, c'est-à-dire dès leur arrivée au Centre alors que d'autres n'étaient nourris qu'après un jeûne de 12 h et avec des doses moins importantes.

D'autre part nous avons repris des dossiers de prématurés arrivés dans le Service en 1968 et dont l'alimentation n'a été commencée qu'après au moins 24 h de jeûne.

L'alimentation précoce nous a semblé avoir plus d'avantages que d'inconvénients.

Jusqu'ici la majorité des auteurs conseillaient de laisser les enfants sans aucune nourriture et même sans liquide pendant les 24 à 48 premières heures.

Nous nous proposons de suivre le plan suivant :

CHAPITRE I - JEUNE INITIAL

ARGUMENTS EN SA FAVEUR

METHODES.

CHAPITRE II- REVUE DE LA LITTERATURE A PROPOS DE L'ALIMENTATION PRECOCE.

L'alimentation est, chez le prématurné, un des problèmes essentiels.

un jeûne de 12 h et avec des doses moins importantes.

Le Service en 1966 et dont l'alimentation n'a été commencée qu'après un jeûne de 12 h.

vénérables.

Traduit la majorité des auteurs connaissent de l'absence des enfants sans aucune nourriture et même sans liquide pendant les 24 à 48 premières heures.

Nous nous proposons de suivre le plan suivant :

CHAPITRE III - COMPTE RENDU D'UNE ETUDE FAITE PAR WHARTON EN 1965 COMPARANT
2 SERIES DE PREMATURES, LES UNS NOURRIS PRECOCEMENT, LES AU-
TRES PLUS TARDIVEMENT.

CHAPITRE IV - NOS OBSERVATIONS

CHAPITRE V - CONCLUSIONS.

CHAPITRE I

GORDON en 1947, SMITH en 1951, ROSSIER en 1951 et après eux MICHELIN en 1967 préconisent le jeûne initial.

LES ARGUMENTS en faveur de cette opinion sont :

- Le risque de survenue d'accidents respiratoires fréquents chez les prématurés dans les premiers jours.
- La suppression des oedèmes
- La nécessité de ne pas fatiguer inutilement le prématuré
- La faible capacité gastrique du prématuré.

METHODES EMPLOYEES

- Jeûne de 36 heures si l'enfant ne présente ni oedèmes ni troubles respiratoires.
- Jeûne de 48 heures si l'enfant présente des oedèmes.
- Jeûne pouvant atteindre 3 jours si l'enfant a des troubles respiratoires.

Le 3^e jour l'enfant reçoit de l'eau glucosée à 5°/° ou 10°/°, ensuite du lait de mère écrémé.

Ces auteurs préconisent le minimum nécessaire pour une bonne croissance.

D 'après eux les besoins en eau du prématuré sont :

- quelques centimètres cubes au début puis une ration atteignant 90 à 100 cc à la fin de la première semaine.
- 130 à 160 cc/kg du 10^e au 30^e jour.
- 200 cc par kg ensuite.

CHAPITRE II

Dès 1886 on retrouve des adeptes de l'alimentation précoce, puisque TARNIER et BUDIN proposaient déjà de mettre au sein ou de faire boire à la cuillère les prématurés dès le 1er jour. Les repas étaient au nombre de 12 :

8 g pour les très petits
10 à 15 g pour les autres.

D'après BUDIN ils recevaient du 2^e au 10^e jour :

	1800 g	1800 à 2200 g	2200 à 2500 g
J2	115	128	180
J3	160	175	236
J4	210	226	295
J5	225	308	335
J6	250	324	370
J7	280	335	375
J8	285	350	385
J9	310	380	415
J10	320	410	425

Après le 10^e jour la ration était égale au cinquième du poids du corps avec 20 à 40 g de plus si l'enfant le supportait.

En 1930 ROHMER et TOMAS SALA SANCHEZ, fervents partisans de l'alimentation précoce, proposent de laisser l'enfant se nourrir suivant son instinct. Le prématuré boit autant de lait de femme qu'il désire en prendre. Le nombre de

repas est laissé au libre choix de la puéricultrice qui se laisse guider par l'enfant lui-même et ils concluent que l'instinct des prématurés les conduit à une alimentation abondante, ce qui ne saurait leur être nuisible.

Mais c'est surtout à partir de 1954 que l'on trouve des défenseurs de l'alimentation précoce.

YLPP0 en 1954/1955 répond aux arguments opposés par les partisans du jeûne initial.

1°) Fréquence des vomissements. Les vomissements sont presque aussi fréquents chez ceux qui ne reçoivent rien que chez ceux qui sont alimentés.

2°) Les oedèmes d'après lui sont causés le plus souvent par une compression intra-utérine ou une expulsion difficile et ils disparaissent rapidement à l'air libre avec une chaleur correcte. Quant à ceux dus à une insuffisance cardiaque ils doivent disparaître, avec une bonne chaleur associée à un traitement tonicardiaque et ils ne sont pas augmentés par l'administration d'eau.

D'autre part il estime que le jeûne initial peut avoir des conséquences fâcheuses en particulier :

- provoquer une acidose métabolique
- favoriser des précipitations au niveau des reins dont le fonctionnement est déficient dans les premiers jours
- il a fait une expérience sur des rats nouveau-nés et il en conclut que la faim et la soif provoquent une destruction et une oxydation tissulaire.

Ses techniques d'alimentation sont les suivantes :

- Le 1er jour du sérum glucosé à 50/9 en quantité égale à 50/0 du poids de naissance

- Du 2^e au 5^e jour une quantité égale à 5 - 10°/° du poids de naissance avec du sérum glucosé et du lait de mère.
- Après le 5^e jour une quantité égale à 15°/° du poids de naissance avec du lait de mère pur.

SMALLPIECE en 1964 défend lui aussi l'alimentation précoce et à des doses élevées :

60 ml/hg/24 h le 1^{er} jour
90 ml/hg/24 h le 2^e jour
120 ml/hg/24 h le 3^e jour
150 ml/hg/24 h le 4^e jour.

avec du lait de mère pur. Ce qui évite, selon lui, l'hypoglycémie et l'hyperbilirubinémie qui ont une influence néfaste sur les fonctions cérébrales.

FARQUHAR en 1965 estime que l'interruption complète et prolongée de l'apport nutritionnel au moment de la naissance est illogique et qu'une alimentation continue et adéquate permet à la croissance de se poursuivre et maintient une stabilité interne convenable.

Il conclut que bien qu'on ne connaisse pas encore la meilleure formule, les arguments contre la nourriture précoce s'effacent quand les prématurés sont confiés à des puéricultrices habiles.

DRILLIEN en 1964 a fait une longue étude, à Edimbourg, à propos d'enfants présentant des troubles psycho-moteurs.

L'importance des retards psycho-moteurs observés chez les enfants nés entre 1952 et 1954 l'ayant frappé.

Cherchant qu'elle pouvait en être la cause, il remarqua qu'il y avait eu un grand changement dans la façon d'alimenter les prématurés pendant cette période :

- Jusqu'en 1952, la plupart des enfants recevaient de l'eau glucosée ou

galactosée le 1er ou le 2è jour de la vie et rarement après le 3è jour. Le lait était commencé le 3è ou 4è jour.

- Après 1952 de nombreux enfants ne furent alimentés que le 3è ou 4è jour et le lait ne fut commencé que le 5è ou 9è jour.

- Tandis qu'après la période 1952-54, l'enthousiasme pour l'alimentation retardée diminua, et la plupart des enfants furent alimentés avec du sérum glucosé le 3è jour et du lait à partir du 5è jour.

Il reprit les données de ces enfants et fit un tableau récapitulatif des données qu'il avait, c'est-à-dire de la perte de poids en pourcentage du poids de naissance, du jour où le poids le plus bas fut atteint et du jour de la reprise de poids.

	Perte de poids	Jour du poids le plus bas	Jour de la reprise du poids
1948-52	15°/°	9	23
1953-54	20,7°/°	15	33
1955-60	16,2°/°	10	26

La perte de poids est manifestement plus importante et le jour de la reprise du poids de naissance retardé pour les enfants nés durant la période 1952-1954.

Bien que DRILLIEN ne conclue pas qu'il y ait une corrélation nette entre l'augmentation du nombre de retards psycho-moteurs et une importante perte de poids, il considère que cette étude est troublante et pense qu'il est préférable de donner une alimentation précoce.

CHURCHILL en 1963 a étudié la maladie de Little, se traduisant par une diplégie d'origine cérébrale avec hyperréflexivité, Babinski bilatéral et

parfois des paralysies des paires crâniennes. Cette maladie étant retrouvée fréquemment chez les prématurés, il a repris les dossiers de ces enfants et constate une perte de poids beaucoup plus importante chez les enfants atteints de maladie de Little.

Il reste à savoir si en diminuant la perte de poids on diminuerait le nombre de maladies de Little.

Les principaux arguments en faveur de l'alimentation précoce sont donc pour ses partisans :

- une diminution de la fréquence de l'hypoglycémie post-natale;
- une diminution de l'hyperbilirubinémie dans les cas d'ictère physiologique du prématuré car l'alimentation précoce empêcherait l'apparition d'acides gras non saturés dans le plasma.
- un meilleur fonctionnement rénal;
- une diminution de l'acidose métabolique;
- et surtout un développement psycho-moteur meilleur dans l'avenir.

CHAPITRE III

Nous pensons qu'il est intéressant de mentionner l'étude de WHARTON parce qu'elle met en opposition des enfants nourris d'emblée et des enfants mis au jeûne initial et qu'elle se rapproche de l'étude que nous avons nous-mêmes menée.

En effet en 1965 il a fait une étude comparative entre deux séries de prématurés :

- les uns nourris dès leur arrivée
- les autres de façon plus retardée.

Les enfants nourris précocément le furent entre la 2^e et la 8^e heure, à des doses égales à :

- 60 cc/kg le 1^{er} jour
- 90 cc/kg le 2^e jour
- 120 cc/kg le 3^e jour
- 150 cc/kg le 4^e jour.

Alors que les enfants de l'autre série ne reçurent rien avant la 12^e heure, et les rations furent de :

- 16 cc/kg le 1^{er} jour
- 32 cc/kg le 2^e jour
- 48 cc/kg le 3^e jour
- 60 cc/kg le 4^e jour.

D'autre part tous les enfants présentant un ictère clinique, eurent un dosage de la bilirubinémie.

De même qu'un dosage de la glycémie fut fait à tous ceux qui présentaient des signes suggérant une hypoglycémie.

Les résultats furent les suivants :

- Morts : 20 enfants parmi ceux qui furent nourris précocément
soit 17°/°

7 enfants parmi ceux qui furent nourris de façon retardée
soit 5°/°.

Sur les 20 enfants de la 1^è série on retrouve à l'autopsie une inhalation de vomissements chez 6 d'entre eux.

Mais en fait, en regardant le résultat des autopsies, on remarque qu'en plus de l'inhalation de vomissements, les enfants morts présentaient :

- 3 une membrane hyaline avec hémorragie ventriculaire pour l'un d'eux
- 1 une malformation cardiaque et les
- 2 autres étaient trisomiques 21 avec une malformation cardiaque.

Parmi les 6 morts de la 2^è série un seul à l'autopsie avait une inhalation de vomissements, il était de plus atteint de la maladie des membranes hyalines et présentait une agénésie du rein gauche.

Nous faisons donc toutes réserves sur les résultats de l'étude de WHARTON car les deux groupes n'étaient nullement comparables (il y avait 5 trisomies 21 dans le groupe alimenté d'emblée et aucun dans l'autre groupe).

En tout cas il nous semble évident que l'alimentation précoce doit être réservée à des prématurés ne présentant pas de malformations à la naissance.

- Hyperbilirubinémie : 6,1°/° des prématurés nourris précocément eurent une bilirubinémie supérieure à 150 mg/litre.

16,7°/° des prématurés nourris de façon retardée eurent une bilirubinémie supérieure à 150 mg/litre.

Tableau récapitulatif excluant les incompatibilités Rhésus et ABO :

Bilirubinémie	Enfants nourris précocément	Enfants nourris plus tard
supérieure à 200mg/l	1	5
entre 150 et 200mg/l	5	14
supérieure à 150mg/l	6	19

- Hypoglycémie :

a) Une hypoglycémie avec convulsions et cyanose fut retrouvée chez quatre prématurés nourris de façon retardée et chez aucun des prématurés nourris de façon précoce.

b) 98 enfants eurent une glycémié systématique au 2è jour.

5 prématurés/44 dans le groupe nourri précocément eurent une glycémié inférieure à 0,20 g/l

10 prématurés/54 dans le groupe nourri tardivement eurent une glycémié inférieure à 0,20 g/l.

- Reprise du poids de naissance :

Elle fut manifestement plus rapide chez les enfants nourris précocément.

WHARTON conclut que si l'alimentation précoce a des avantages diminuant le risque d'hypoglycémie et d'hyperbilirubinémie elle a des inconvénients majeurs puisqu'elle entraîne des vomissements avec inhalation provoquant un pourcentage plus important de morts.

Mais après examen plus attentif des données on constate qu'une conclusion dans ce domaine est impossible à tirer en raison de l'existence d'affections graves dans la série des prématurés nourris de façon précoce.

CHAPITRE IV

Nos observations

Nous allons maintenant présenter l'étude que nous avons faite.

Elle porte sur 24 enfants dont l'examen d'entrée était normal, c'est-à-dire qu'aucun d'entre eux ne présentait de troubles respiratoires, de troubles cardio-vasculaires ou neurologiques.

Douze ont été nourris de façon précoce et avec des rations importantes et les douze autres ont été nourris avec des rations moindres et après un jeûne initial de 12 h.

D'autre part nous avons repris les dossiers de douze enfants admis dans le Service en 1968 au moment de son ouverture, et qui, eux, n'ont été nourris qu'après un jeûne initial de 24 à 36 h.

NOS PRINCIPES D'ALIMENTATION ont été les suivants, pour les 24 enfants arrivés au Centre fin 1969, début 1970 :

a) Mise en route de l'alimentation :

- dès leur arrivée pour 12 de ces prématurés
- 12 heures après leur arrivée pour les 12 autres.

b) Aliments utilisés :

Tous ont reçu du sérum glucosé à 5°/° lors de leur premier biberon. Les biberons suivants étaient constitués de lait de mère pur qui a été employé dans les premiers jours.

Pour tous les prématurés sauf pour un de ceux nourris précocément et pour deux de l'autre série car leur mère ne donnait pas de lait et leur poids était satisfaisant.

Après les premiers jours nous avons employé l'Alète à 12°/° puis l'Alète à 15°/° :

Chez les prématurés dont la mère n'avait pas suffisamment de lait ou le Guigoz à 15°/° qui a été donné à 4 prématurés.

c) Rations :

Pour les prématurés nourris précocément les rations furent les suivantes :

Entre 50 et 60 cc/kg/24 h le 1er jour

Entre 140 et 185 cc/kg/24 h le 5è jour

Entre 185 et 240 cc/kg/24 h le 10è jour.

Pour les autres les rations furent après les 12 heures de jeûne :

Entre 25 et 30 cc/kg/24 h le 1er jour

Entre 75 et 150 cc/kg/24 h le 5è jour

Entre 150 et 240cc/kg/24 h le 10è jour.

Après le 10è jour, nous avons nourri nos prématurés en fonction de leur courbe de poids et de leur demande.

d) Mode d'administration :

- gavage quand l'enfant ne voulait pas têter
- ou biberon.

e) Nombre de repas :

6 par 24 heures chez tous nos prématurés, au début.

Nous avons passé à 8 repas au bout de quelques jours, cinq enfants sur les douze nourris précocément, et trois enfants sur les douze nourris tardivement car ils avaient des régurgitations importantes ou refusaient de terminer leur biberon.

f) Examens complémentaires :

- Glycémie :

Une première glycémie dès leur arrivée au Centre

Une deuxième glycémie 12 heures après la première.

- Bilirubinémie :

Régulièrement quand un ictère clinique apparaissait.

g) D'autre part, plusieurs prématurés ont été mis sous lumière bleue préventive ou curative.

La lumière bleue empêcherait l'hyperbilirubinémie sans que l'on sache exactement par quel mécanisme. On pense que la bilirubine indirecte serait transformée en dérivés plus solubles non toxiques éliminés par les urines et par les selles.

Parmi les enfants nourris précocément, six furent mis sous lumière bleue :

- Valérie B..., de la 9^e heure au 5^e jour de façon préventive
- Arnaud F... , de la 3^e heure au 4^e jour de façon préventive
- Stéphanie B..., du 3^e jour au 8^e jour de façon curative

Nous avons cependant dû faire subir à cette dernière une exsanguino-transfusion le 5^e jour.

Il n'ex~~ist~~ait pas d'incompatibilité foeto-maternelle.

- Aline M..., de la 8^e heure au 4^e jour de façon préventive
- Carlos E..., de la 4^e heure au 6^e jour de façon préventive.

Parmi les enfants nourris de façon retardée, 6 furent mis sous lumière bleue :

- Olivier L..., du 4^e jour au 6^e jour de façon curative
- Corinne L..., de la 6^e heure au 8^e jour de façon préventive
- Angelina V..., de la 6^e heure au 4^e jour de façon préventive
- Johnny P..., de la 1^e heure au 2^e jour de façon préventive
- Pascal B..., du 4^e jour au 8^e jour de façon curative
- Bruno L.G..., de la 6^e heure au 5^e jour de façon préventive
et un rebond a nécessité une nouvelle photothérapie
du 10^e au 11^e jour.

its,
entre

Poids de naissance	Hemg/l	Perte en % poids de naissance	Jour poids le + bas	Reprise poids de N.	Incidents
Valérie P... 2200g		1,8	J 2	J 5	Aucun
Cyril D... 2000g		5	J 3	J 15	"
Carlos E... 2060g		2	J 3	J 4	Régurgitations
François B... 2120g		8	J 8	J 23	Régurgitations
Franck P... 2300g		4	J 2	J 10	Régurgitations
Aline M... 1830g		3,2	J 5	J 7	Aucun
Sophie R... 2440g		6	J 4	J 11	Régurgitations
Dominique V. 1750g		3,4	J 3	J 9	Régurgitations
Stéphanie B... 2130g		3,7	J 3	J 12	Régurgitations
Arnaud F... 2370g		6,5	J 3	J 8	Régurgitations
Vaérie B... 2020g		3,9	J 3	J 7	Régurgitations
Eric P... 2300g		3,9	J 4	J 10	Aucun
(1) LMP Lait de mère pur		emière			

48 h
la

le.
éressant

recte

Enfin, pour établir une comparaison avec ces deux séries d'enfants, nous avons repris les dossiers de 12 enfants prématurés arrivés au Centre de Poissy en 1967-68.

POUR EUX :

La mise en route de l'alimentation ne s'est faite qu'après 24 - 48 h de jeûne initial et uniquement avec du sérum glucosé à 5°/° pendant la première journée.

Malheureusement pour aucun d'eux il n'a été pratiqué une glycémie.

Par contre ils ont eu un dosage de bilirubinémie qui paraît intéressant à étudier.

Il apparaît que dans quatre cas sur douze la bilirubinémie indirecte est supérieure à 150 mg/litre.

	PdN	H.alim.	Doses J2	Doses J5	Doses J10	Lait	Bili ind. Max.	%PN	Jour poids let-bas	Reprise pdN
Patricia R...	I950	H ₃₇	I5 ml/kg	75ml/kg	I30ml/kg	glucosé LMCoupé LMP	I24 J ₄	8,7	J ₆	J _{I9}
Nathalie M...	2300	H ₄₈	J ₃ 30 ml/kg	85ml/kg	I70ml/kg	glucosé LMP	I57 J ₆	6,9	J ₈	J ₂₀
Marie Line G...	2I50	H ₂₇	30 ml/kg	75ml/kg	I95ml/kg	glucosé LMP	I56 J ₇	II	J ₁₁	J ₂₁
Ludovio M...	26I0	H ₃₇	I6 ml/kg	90ml/kg	I50ml/kg	glucosé Alète LMP	97 J ₆	I2	J ₅	J ₂₁
Berangère C...	2300	H _{I3}	J _I I5 ml/kg	I35ml/kg	200ml/kg	glucosé LMP	I52 J ₆	4,3	J ₃	J ₉
Benoit C...	2300	H ₄₈	J ₃ 30 ml/kg	80ml/kg	I50ml/kg	glucosé Alète LMP		3,3	J ₄	J ₈
Laurent J...	I9I0	H ₄₈	J ₃ 50 ml/kg	90ml/kg	I80ml/kg	glucosé LMPrgluc LMP	69 J ₅	I5	J ₅	J _{I9}
Patrick L...	2350	H ₃₄	I5 ml/kg	75ml/kg	I35ml/kg	glucosé LMP	I35 J ₅	I3	J _{I4}	J ₂₄
Valérie B...	2I90	H ₃₄	30 ml/kg	90ml/kg	I50ml/kg	glucosé Gallia	88 J ₆	I3	J ₄	J _{I9}
Sandrine V...	2440	H ₃₄	25 ml/kg	90ml/kg	200ml/kg	glucosé Gallia	I34 J ₅	I3	J ₅	J _{I5}
Hervé D...	2380	H ₂₄	20 ml/kg	75ml/kg	I50ml/kg	glucosé LMP	I76 J ₆	I2	J ₈	J ₂₄
Thierry D. P...	2250	H ₂₇	25 ml/kg	45ml/kg	I35ml/kg	glucosé	I02	I2	J ₆	J ₂₄

RESULTATS DE NOTRE ETUDE

I - PERTE DE POIDS

- Dans la première série (prématurés nourris précocément)
9/12, soit 75°/° ont eu une perte de poids égale ou inférieure à 5°/° du poids de naissance.
- Dans la deuxième série (prématurés nourris tardivement)
4/12 soit 33°/° ont eu une perte de poids égale ou inférieure à 5°/° du poids de naissance.
- Dans la troisième série (anciens dossiers)
2 seulement ont perdu moins de 5°/° de leur poids de naissance et 8 ont eu une perte de poids supérieure à 10°/° de leur poids de naissance.

2 - JOUR OU ILS ONT ATTEINT LEUR POIDS LE PLUS BAS

- Dans la première série, 11 prématurés sur 12, soit 90°/° ont atteint leurs poids le plus bas avant le 5^e jour ou le 5^e jour.
- Dans la deuxième série, 5/12 soit 40°/° ont atteint leur poids le plus bas avant le 5^e jour ou le 5^e jour.
- Dans la troisième série, 6/12 soit 50°/° ont atteint leur poids le plus bas avant le 5^e jour ou le 5^e jour.

3 - JOUR DE LA REPRISE DU POIDS DE NAISSANCE

- Dans la première série : 8 sur 12, soit 65°/° ont repris leur poids de naissance avant le 10^e jour ou le 10^e jour.

- Dans la deuxième série : 2 sur I2, soit 17°/° ont repris leur poids de naissance avant le 10^e jour ou le 10^e jour.
- Dans la troisième série : 2 sur I2, soit 17°/° ont repris leur poids de naissance avant le 10^e jour ou le 10^e jour.
mais 6 sur I2 soit 50°/° n'ont repris leur poids de naissance qu'après le 20^e jour et 3 sur I3 le 19^e jour.

4 - ACTION SUR LA GLYCEMIE

- Première série :

9 prématurés sur I2, soit 75°/°, ont eu une deuxième glycémie (pratiquée 12 heures après la première) supérieure à la première.

- Deuxième série :

6 prématurés sur I2 soit 50°/°, ont eu une deuxième glycémie supérieure à la première.

D'autre part, la glycémie a augmenté en moyenne de 0,20 g/litre chez les prématurés nourris précocement, alors qu'elle n'a augmenté que de 0,10 g/litre chez les autres.

5 - ACTION SUR LA BILIRUBINEMIE

Notre étude est faussée du moins en ce qui concerne les prématurés de la première et de la deuxième série; certains d'entre eux ayant été mis sous lumière bleue; donc un autre facteur intervient.

Cependant 6 de la première série et 6 de la deuxième série n'ont pas bénéficié de la photothérapie, nous constatons que leur taux de bilirubinémie est resté faible.

Par contre l'étude de la bilirubinémie indirecte maximum chez les enfants de la troisième série nous montre chez 4 d'entre eux un taux supérieur à 150 mg/l.

L'important serait donc de nourrir les enfants avant la 24^e heure on ce qui concerne l'action sur le taux de la bilirubinémie.

B - Nous n'avons observé comme INC ONVENIENTS que des régurgitations, et un ballonnement abdominal.

Jamais de vomissements ayant entraîné une inhalation.

7 - Bien qu'il s'agisse d'une étude qui sorte de notre sujet, nous avons comparé la prise de poids journalière moyenne à partir du jour de la reprise du poids de naissance.

- Enfants nourris précocément :

Eric P...	18 g/24 h
Valérie P...	24 g/24 h
Cyril D...	34 g/24 h
Carlos E...	24 g/24 h
François B...	30 g/24 h
Franck P...	31 g/24 h
Aline M...	21 g/24 h
Sophie R...	18 g/24 h
Dominique V...	28 g/24 h
Stéphanie B...	33 g/24 h
Arnaud F...	28 g/24 h
Valérie B...	32 g/24 h

- Enfants nourris plus tardivement :

Angelina V...	27 g/24 h
Stéphanie L...	28 g/24 h

Johnny P...	24 g/24 h
Corinne L...	28 g/24 h
Stéphane L...	37 g/24 h
Olivier L...	23 g/24 h
Pascal B...	27 g/24 h
Christophe B.	32 g/24 h
Carmina R..	36 g/24 h
Armando R...	25 g/24 h
Bruno L.G...	36 g/24 h
Olivier P...	35 g/24 h.

La prise de poids journalière moyenne se situe donc entre 20 et 35 g/24 h variable d'un enfant à l'autre mais indifféremment dans une série ou dans l'autre.

Ceci ne nous surprend pas car la différence de ration entre les enfants de nos deux séries est surtout sensible dans les 10 premiers jours ensuite nous nous laissons guider par l'enfant lui-même et par sa courbe de poids.

En définitive cette étude nous amène à prendre parti en faveur de l'alimentation précoce.

Cette position a d'ailleurs été défendue récemment à l'occasion du XXII^e Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue Française par GRISLAIN et ses Collaborateurs dans leur rapport sur l'alimentation du prématuré.

" Les avantages de l'alimentation précoce paraissent l'emporter sur les inconvénients. S'il existe des difficultés à employer la voie orale, la voie parentérale a des indications très larges".

Il faut en effet lorsque l'on parle de l'alimentation précoce du prématuré, prendre en considération l'état de santé de l'enfant. Un prématuré atteint notamment de troubles respiratoires doit être perfusé. L'alimentation précoce sera alors réalisée par voie parentérale sans risque de fausse route alimentaire ou d'inhalation de vomissements.

Il paraît en réalité logique d'adapter l'alimentation chez le prématuré comme chez tout nouveau-né aux besoins exprimés par l'enfant lui-même en tenant compte de la manière dont il accepte les aliments offerts. Mais cet appel à une régulation instinctive de l'alimentation n'est possible qu'au prix d'une observation minutieuse du comportement de l'enfant qui doit être confié à une puéricultrice instruite et attentive.

C O N C L U S I O N S

- 1°) L'alimentation précoce des prématurés permet de limiter l'hypoglycémie des premiers jours et le risque de convulsions qui en résulte.
- 2°) Elle permet également de limiter la perte de poids initiale, ce qui pourrait avoir une influence favorable sur le développement psycho-moteur ultérieur.
- 3°) En ce qui concerne le taux de bilirubinémie, l'important paraît être de nourrir les enfants avant la 24^e heure.
- 4°) Nous n'avons pas eu l'occasion de noter les inconvénients rapportés par divers auteurs (oedèmes, vomissements avec risque d'inhalation) tout au plus avons-nous observé des régurgitations et un ballonnement abdominal.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur BLANCHER

Professeur G. BROUET

Vu, et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BUDIN M.

Pratique d'allaitement

Hygiène nourrisson Paris, Doin, 1907, 83-120.

CHURCHILL

Obst. Gynéc. N.Y., 1963, 22, 114-210.

DRILLIEN

The growth and development of the prematurely born infant

Edimburg - London E. and S. Livingstone, 1964.

FARQUHAR

Immediate feeding of premature infants with undiluted breast milk

Lancet 1965, 1, 550-551.

GORDON

Amer. J. Dis. Child. 1947, 73, 713-723.

GRISLAIN

Alimentation prématurés. Principes généraux.

XXIIè Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue Française

Tome I, p. 72-74.

LELONG, ROSSIER

Elevage prématurés et nourrissons.

1951, 39, 49-55.

MICHELIN

L'alimentation du prématuré.

Revue du Praticien 1967, 17, 591-605.

ROHMER

Ration alimentaire prématurés.

Revue Française Pédiatrie 1930, 6, 609-623.

ROSSIER, DEBRE et LELONG

Pédiatrie. Mise à jour 1963, 97i - 97j.

ROSSIER

Encyclopédie Méd. Chir. 1969, tome V, Volume I, 4002 S 10 p.11.

SMITH

Arch. Franç. Péd. 1951, 8, 573-580.

SMALLPIECE

Lancet 1964, 2, 1349-1352.

TARNIER et DUDIN

Traité de l'art des accouchements.

Paris Steinheil 1886, 2, 512-523.

WHARTON

Immediate or later feeding for premature babies. A controled trial.

Lancet 1965, 2, 969-972.

YLPPQ

Premature children should they fast or be fed in the first days of life.

Ann. Paed. Fenn. 1954/55, 1, 99-104.

